



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

SUELEN GARCIA OLIVEIRA DA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS
EM PIRACICABA, SÃO PAULO, 2009 - 2015**

PIRACICABA

2016

SUELEN GARCIA OLIVEIRA DA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS
EM PIRACICABA, SÃO PAULO, 2009 - 2015**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista Odontologia Legal e Deontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Franceschini Júnior.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA APRESENTADA PELA ALUNA SUELEN GARCIA OLIVEIRA DA FONSECA, ORIENTADA PELO PROF. DR. EDUARDO DARUGE JÚNIOR E COORIENTADA PELO PROF. DR. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR.

PIRACICABA

2016

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Heloisa Maria Ceccotti - CRB 8/6403

F733c Fonseca, Suelen Garcia Oliveira da, 1982-
Caracterização dos casos de violência notificados em Piracicaba, São Paulo, 2009-2015 / Suelen Garcia Oliveira da Fonseca. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Eduardo Daruge Júnior.
Coorientador: Luiz Francesquini Júnior.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Violência doméstica. 2. Notificação. I. Daruge Júnior, Eduardo, 1960-. II. Francesquini Júnior, Luiz, 1966-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações adicionais, complementares

Título em outro idioma: Characterization of cases of violence reported in Piracicaba, São Paulo, 2009-2015

Palavras-chave em inglês:

Domestic violence

Notice

Área de concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Especialista

Banca examinadora:

Eduardo Daruge Júnior [Orientador]

Luiz Francesquini Júnior

Cristhiane Martins Schmidt

Data de entrega do trabalho definitivo: 01-12-2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado esposo Emílio Prado da Fonseca, pelo apoio e incentivo para que fizesse esta especialização e pelo companheirismo em todos os momentos da minha vida. Amo Você!

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os casos de violência no município de Piracicaba (SP) notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2009 e 2015. **Metodologia:** Estudo descritivo, baseado nas notificações de violência ocorridas em Piracicaba/SP no período de 2009 a 2015. Os dados foram coletados a partir de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). As variáveis utilizadas foram: ciclos de vida, raça, escolaridade, local de ocorrência, encaminhamento ao setor saúde, evolução do caso, tipos de violência, tipo de agressão e perfil do agressor. **Resultados:** Foram notificados 274 casos de violência, sendo que 26 (9,50%) foram do sexo masculino e 248 (90,50%) do sexo feminino, faixa etária entre 20 e 59 anos para o sexo feminino (56,05%) e menores de 10 anos para o sexo masculino (38,46%). Em relação à escolaridade, a categoria predominante foi de 8 anos ou mais de estudo (38,68) e quanto à caracterização da cor da pele ou raça, prevaleceu as vítimas brancas (64,60%). Os locais de ocorrência predominantes foram a residência seguida da via pública. Em 51(18,61%) dos casos houve a necessidade de internação hospitalar e em 7 (2,55%) evoluíram à óbito. **Conclusão:** No período estudado houve uma evolução do número de casos notificados de violência em Piracicaba. As violências são objeto de notificação obrigatória, e as ações de proteção às vítimas devem ser estabelecidas como ações de saúde.

Palavras-Chave: Maus-tratos infantis. Maus-tratos ao idoso, Notificação. Sistemas de Informação. Violência doméstica. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Aim: To characterize the cases of violence in the Piracicaba (SP) reported by the Brazilian Health Information System (SINAN) between 2009 and 2015.

Methodology: It was a descriptive study based on reports cases of violence in Piracicaba between 2009 to 2015. Data were collected from reported cases of domestic violence, sexual violence and / or other violence provided by the SINAN. The variables used were life cycles, race, schooling, place of occurrence, referral to the health sector, case evolution, types of violence, type of aggression and profile of the aggressor. **Results:** 274 cases of violence were reported, of which 26 (9.50%) were male and 248 (90.50%) were female, between 20 and 59 years old for females (56.05%) and younger than 10 years for males (38.46%). Regarding schooling, the predominant category was 8 years or more of study (38,68%) and white skin (64.60%) prevailed in the characterization of skin color. The predominant places of occurrence were the residence followed by the public highway. In 51 (18.61%) of the cases, hospitalization was necessary and 7 (2.55%) victims died. **Conclusion:** In the period studied, there was an increase in the number of reported cases of violence in Piracicaba. Violations are the subject of mandatory notification, and victim protection actions must established as health actions.

Keywords: Child abuse. Elder abuse. Notification. Information Systems. Domestic violence. Violence against women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

BEMFAM: Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil

BO: Boletim de Ocorrência Policial

CID: Classificação Internacional das Doenças

CNDI: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNPM: Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

CONANDA: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAB: Centro de Referência para Atenção Básica em Saúde

CRAM: Centro de Referência de Atendimento à Mulher

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CRECI: Centro de Referência da Cidadania do Idoso

CT: Conselho Tutelar

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DDM: Delegacia de Defesa da Mulher

DEAM: Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher

DEPCA: Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente

DPCA: Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente

ECA: Estatuto da Criança e Adolescente

ESF: Estratégia Saúde da Família

FIN: Ficha Individual de Notificação

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização Não-Governamental

PNPM: Plano Nacional de Políticas para Mulheres

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SEAS: Secretaria de Estado de Assistência Social

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISAV: Sistema de Informação em Saúde para Acidentes e Violências

SISAV: Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências

SIVVA: Sistema de Informação e de Vigilância da Violência e Acidentes

SPM: Secretaria de Políticas para Mulheres

SUAS: Sistema Único da Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCG: Termo de Compromisso de Gestão

UBS: Unidade Básica de Saúde

VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos notificados segundo características das vítimas e da ocorrência, Piracicaba, 2009 a 2015	59
Tabela 2 - Tipos de violência segundo sexo, Piracicaba, 2009-2015	60
Tabela 3 - Tipos de agressão, Piracicaba, 2009-2015	60
Tabela 4 - Perfil do agressor, Piracicaba, 2009-2015	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PROPOSIÇÃO	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Violência e o contexto histórico	16
3.2 Violência doméstica	22
3.3 Violência contra crianças e adolescentes	24
3.4 Violência contra mulheres	37
3.5 Violência contra idosos	44
3.6 Notificação	48
4 METODOLOGIA	56
4.1 Tipo de Estudo	56
4.2 Local de Estudo	56
4.3 Coleta de Dados	56
4.4 Aspectos éticos	57
5 RESULTADOS	58
6 DISCUSSÃO	62
7 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	77
Anexo 1 - Modelo da Ficha de Notificação	77
Anexo 2 - Modelo de fluxograma de atendimento	78
Anexo 3 - Exemplos de campanhas de denúncia de violência	79
Anexo 4 - Exemplos de prevenção de estupro	80

1 INTRODUÇÃO

A violência, de origem latina, vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro.

O fenômeno violência é uma transgressão de regras e leis e também uma relação de poder exercida de forma interpessoal e social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (krug et al. 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde conceitua violência como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e a diferencia de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável. Quanto à sua natureza, a Organização Mundial de Saúde a classifica como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono.

Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública, inclusive no interior do setor saúde.

Entretanto, a construção histórica-social e política brasileira colaboram para um cenário contemporâneo de propagação da violência, que afeta fortemente a saúde, pois provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais e emocionais; diminuindo a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e exigindo uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde, pois coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo, evidenciando a necessidade de uma atenção mais específica, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes participaram

ativamente de um forte movimento, resultando a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promulgado em 1990.

Diferentemente da militância que iniciou da corporação médica na última metade do século XX, denunciando e buscando solução contra os abusos que vitimam crianças e adolescentes, a introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde começou através do movimento feminista. E a grande conquista das mulheres brasileiras foi à sanção da Lei Maria da Penha (11340/06).

Hoje existem programas e iniciativas da sociedade e do estado que focalizam o problema. Um importante documento é o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002, no qual é feito diagnóstico da situação e cria condições para defesa de direitos das crianças e adolescentes vítimas e de responsabilização dos pais e cuidadores responsáveis, de normas de atendimento e de prevenção. Outro documento importante e oficializado em 2005 é o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.

No período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde evoluiu na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Foram elaborados e oficializados, a Portaria 1968, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS e a Portaria 1969, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre o registro e preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas. E também a Portaria SAS/MS 969, de 11 de dezembro de 2002, que aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o novo modelo de formulário de registro de atendimento de urgência e emergência e a Portaria 970, de 11 de dezembro de 2002, que aprova e institui, no âmbito do SUS, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV.

Importante passo foi dado com a formulação e oficialização da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”. Esse documento aprovado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº. 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001 foi o resultado do investimento de diversos grupos de pesquisa

e de atuação na sociedade civil. O objetivo principal da Política é reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil.

A Portaria 936, de 19 de maio de 2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, em conformidade com a Portaria 737, de 16 de maio de 2001 (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências).

Em 2004, a Portaria GM/MS nº. 2406, de 5 de novembro, institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação, de acordo com a Lei 10778, de 24 de novembro de 2003 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Em 1º. de agosto de 2006, o Ministério da Saúde implantou no SUS a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com dois componentes: Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados, e Vigilância Contínua, que capta dados por meio de notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras interpessoais ou autoprovocadas. Esse sistema foi implantado inicialmente nas maternidades, nos serviços de atendimento às doenças sexualmente transmissíveis e nos serviços especializados para vítimas de violência (serviço sentinela de violência e acidentes), e a partir de 2009 estendeu-se para todos os serviços de saúde, integrando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) ocorreu por meio da Portaria MS/GM nº. 1356, de 23 de junho de 2006, que institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e monitora os eventos que atingem crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas. Antes, os casos de violências e acidentes que aconteciam no Brasil, limitavam-se às informações fornecidas pelos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar

(SIH), pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas como inquéritos.

A melhoria na vigilância das violências foi devida a experiência da estratégia inicial em serviços sentinela, e à Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Essa portaria inclui na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências, tornando compulsória a notificação das vítimas.

Violências e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo, sendo os óbitos infligidos por outros ou autoinfligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva. Nesse sentido, esse trabalho tem o objetivo de analisar os casos de violência notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2009 e 2015 no município de Piracicaba-SP.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer um panorama sobre a violência doméstica no campo da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar através da revisão de literatura, marcos históricos importantes ao combate à violência.
- Descrever atos de violência notificados em Piracicaba/SP entre 2009 e 2015 e disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET).
- Orientar os profissionais de saúde de como notificar casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Violência e o contexto histórico

A violência nos últimos 30 anos vem se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo (OMS, 2002). Com a mudança do perfil epidemiológico, observa-se a incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica (Veloso et al., 2013; Minayo, 2006).

Entende-se por violência qualquer ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, que ocasionam danos físicos, emocionais e morais a si ou aos outros, sendo um sério problema social que causa agravos à saúde. Afeta todos os setores da sociedade, gera medo e insegurança, sobretudo nas populações das grandes cidades do mundo. Os óbitos infligidos por outros ou autoinfligidos constituem sério problema social e têm imensas repercussões na saúde pessoal e coletiva.

Violência é um conceito referente às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, causando danos físicos, mentais e morais.

A violência está presente em todas as culturas, nos dois gêneros e nas diferentes classes sociais, etnias e faixas etárias. Atinge tanto países ricos como pobres, embora seja mais evidente em países com condições de vida precárias. Causa transtornos físicos, emocionais e psicológicos, afeta o bem-estar e qualidade de vida das vítimas.

Segundo Domenach (1981) e Chesnais (1981), a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência constitui um passo muito positivo alcançado pela humanidade em seu desenvolvimento, ou seja, atribuir a um ato de exploração, dominação, agressão física, emocional ou moral ao caráter negativo de violência significa um avanço da consciência social a respeito dos direitos dos indivíduos e de coletividade.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado crescimento da morbidade e da mortalidade por causas externas nas duas últimas décadas.

Causas externas é uma categoria classificatória estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, que se contrapõem às doenças e problemas de saúde identificados como internos.

As causas externas afetam mais a população jovem. Porém, algumas causas específicas têm como vítimas preferenciais outros grupos sociais. As mais frequentes vítimas de queda são os idosos; acidentes de trânsito os adultos jovens; homicídios jovens do sexo masculino; suicídios jovens, adultos e idosos; e violências domésticas crianças, adolescentes e mulheres.

Segundo estudos anteriores, a violência ocupa, desde 1989, o segundo lugar das causas de morte ocorridas no Brasil, e o primeiro lugar para os óbitos de pessoas entre cinco e 49 anos de idade (Minayo e Souza, 1993; Souza e Minayo, 1994).

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID 10) por estar na 10ª. revisão) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. O Capítulo XX do CID-10 refere-se às causas externas de morbidade e de mortalidade, sob os códigos X85 - Y09 (Agressões).

Para Minayo (1999), mesmo que a violência não seja um problema específico da saúde e sim da sociedade, devido o grande número de vítimas, agravos e ameaças à vida, relações interpessoais e à saúde, ela adquiriu a proporção de um complexo problema de saúde pública.

Para Silva (2001), o fato de 50% das lesões decorrentes de violência referirem a traumas orofaciais, cabe ao cirurgião-dentista diagnosticar, orientar e encaminhar pacientes em situação de violência aos serviços de assistência especializados.

Em estudo realizado por Cavalcanti (2001), são observadas lesões orofaciais como contusões, lacerações dos lábios e língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freios: labial e lingual; desvio de abertura bucal; escaras e

machucados no canto da boca; queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa provocada por alimentos quentes ou utensílios domésticos.

Estudo realizado por Reis et al. (2004) a violência sexual, uma das subdivisões do complexo fenômeno violência, desconhece classes sociais, tipos de cultura, níveis socioeconômicos e limitações individuais. Ocorre tanto no espaço privado como público, e atinge ambos os sexos e todas as faixas etárias.

Para Deslandes et al. (2005), descrevem a violência como problema mundial, presente em famílias de todas as classes, de diferentes credos e religiões e seus efeitos resultam da interação dos diferentes níveis de inclusão na cidadania de uma sociedade.

A Constituição Federal, ao reconhecer a saúde como um direito de todos, atribuiu ao Estado a responsabilidade de organizar ações e serviços públicos capazes de reduzir os riscos de doenças e outros agravos, bem como garantir à população o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que o Estado pudesse cumprir esse papel, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se dizer que esse sistema, estruturado com uma ampla rede de atendimento em atenção básica, constitui uma das portas de entrada para prestar socorro ou diagnosticar a ocorrência de violência.

Nos anos 60, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes e sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas. Uma década após os estudos do pediatra Kempe com a expressão “Síndrome do Bebê Espancado”, vários profissionais passaram a reconhecer e a diagnosticar esse tipo de agravo como um problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente, nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, foram instituídos na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e organizações não-governamentais (ONG).

Em 2002, a OMS produziu um Relatório Mundial em que o termo “causas externas”, que englobava “acidentes e violências” e era usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças (CID), foi substituído pela expressão “violência e saúde”. Neste documento, a OMS não trata do conceito de “acidentes” por considerar a não “intencionalidade”, termo que determina a concepção de violência e dos atos violentos.

Os relatos de maus-tratos estão cada vez mais frequentes em diversos países, mesmo naqueles considerados desenvolvidos. Diante desse fato cresce o número de profissionais das mais diversas áreas e da sociedade, que estão se mobilizando contra esse tipo de agressão, pois estes também representam agravos à saúde da mulher, principalmente crianças e adolescentes, idosas e adultas absolutamente incapazes, já que é um crime praticado por quem tem o dever de zelar pela pessoa, seu responsável. Está previsto no art. 136 do Código Penal Brasileiro: “Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”.

Além disso, vários estudos relatam que as vítimas de violência podem ter sua saúde prejudicada por lesões de espancamento, por desenvolverem dores crônicas, depressão e baixa autoestima.

Segundo Minayo (2006) a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão, também denominadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e abandono, negligência ou privação de cuidados. O termo abuso físico significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. O abuso psicológico engloba as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima e restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social. O abuso sexual é o ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual. A negligência ou abandono inclui ausência e recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

Nos crimes de estupro e atentado violento ao pudor, em que a faculdade de livre escolha do parceiro sexual é violada pelo uso de violência ou grave ameaça,

o Código Penal Brasileiro vigente determina que além do constrangimento, da conjunção carnal ou do ato libidinoso, a violência ou a grave ameaça são elementos integrantes do delito. As lesões corporais de natureza leve são absorvidas nesses crimes, ao passo que as agraves são formas qualificadas que constituem hipóteses de crimes hediondos, concorrendo para o aumento da pena imposta ao ofensor.

É considerada lesão corporal de natureza grave, conforme art. 129 do Código Penal Brasileiro, a agressão que resulta: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto.

Assim, a ação penal cabível é privada condicionada à representação do ofendido e o inquérito policial só será obrigatoriamente instaurado pelo delegado de polícia se a lesão for grave. Quando a vítima for menor e o agente produtor das agressões for o seu responsável legal, ficará caracterizado o crime de maus-tratos (art. 136 do Código Penal Brasileiro), nesta situação o Delegado de Polícia está obrigado a instaurar inquérito para apurar os fatos e a ação será proposta pelo Ministério Público, que zelará pelo interesse do menor violentado. Portanto, a prevalência da faixa etária de crianças e adolescentes e o maior número de inquéritos relativos ao art. 136, deve-se a essa obrigatoriedade a que se submete o Delegado de Polícia, de se apurar o crime.

O mesmo não acontece quando se trata de mulheres adultas e capazes, já que estas podem optar por representar ou não contra seus agressores e muitas vezes acabam por desistir de levar um processo- crime adiante por medo, vergonha, dependência financeira e afetiva, por se considerarem em condição inferior ao agressor e muitas vezes por desacreditarem nas instituições jurídicas.

A nova redação do artigo 213 do Código Penal, que define o estupro, passa a ser: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. (Redação dada pela Lei 12015, de 07 de agosto de 2009, que altera a Lei 2848, de 07 de

dezembro de 1940-Código Penal). Constranger significa obrigar, coagir alguém a fazer algo contra a vontade.

Nesses crimes, os sinais do uso da força expressos por meio de lesões corporais produzidas pela agressão ou resistência são evidências valiosas na verificação do uso de violência. No Brasil, diante da inexistência de tais lesões, o julgamento legal da ocorrência de violência encontra-se fundamentado nos casos de sua presunção.

A violência presumida pela menoridade não precisa ser obrigatoriamente provado, visto que a menoridade, a alienação e a debilidade mental excluem a possibilidade do livre consentimento pela incapacidade de consentir. Inexistindo a violência física e diante da subjetividade da percepção de sentir-se vitimizada, ocorre o julgamento legal que se baseia na diferença de idade existente entre o ofensor e a vítima.

Após a agressão, as vítimas necessitam de atenção médica e psicológica com o intuito de cuidar e tratar as consequências do delito e serem encaminhadas para a realização de exames médico-legais que asseguram a cadeia de evidências do crime para finalidades forenses, com o objetivo de acionar as normas jurídicas do direito, possibilitando aos órgãos judiciários desenvolver ações de responsabilização do ofensor. Assim, o incidente denunciado é tipificado e passa a ser crime, estabelecendo-se uma relação entre ofensor/ofendido e gera o dolo e a culpa do agente do delito, levando à responsabilização legal do ofensor que recebe a punição pelos danos causados à vítima.

A resolubilidade dos casos de ofensas sexuais e o combate a este tipo de violência requerem que junto às ações de atendimento emergencial médico e psicológico prestado às vítimas, ocorram ações judiciais, nas quais a denúncia, a instauração do processo e o julgamento do ofensor são fatores importantes para que a agressão não se repita.

A utilização das relações de gênero, poder e meios coercitivos, expressos por formas de constrangimento, como: ameaças, intimidações, armas ou força física, acarreta às vítimas inúmeros agravos, como danos psicológicos, riscos de contrair

doenças sexualmente transmissíveis, gravidez pós-estupro, lesões genitais e não-genitais decorrentes da violência presente nesse tipo de ofensa.

Para Carvalho et al. (2013), a violência é encontrada tanto no ambiente de atendimento da rede privada quanto da rede pública de saúde, e atinge todas as camadas sociais e a denúncia ainda é feita por um percentual muito reduzido das vítimas.

Os profissionais de saúde assumem uma posição estratégica para detectar situações de agressão e identificação de sinais físicos de violência, que podem estar visíveis ou não ou ser relatado durante o atendimento, e têm obrigação legal de notificar esses casos, ainda que suspeitos.

3.2 Violência doméstica

O tipo de violência tida como doméstica, caracteriza-se como sendo uma das várias modalidades de violência, que também não deixam de estar ligado a questões sociais, e que interfere diretamente nesse processo, os fatores sociais, econômicos e políticos dos envolvidos.

A violência doméstica é um problema atual na sociedade, pelo fato de ameaçar o bem estar físico e mental de crianças, mulheres e idosos, que estão mais vulneráveis, por fazerem parte de uma categoria sem possibilidade de defesa.

Além da agressão, a violência doméstica se manifesta sob outras formas como negligência ou outro tipo de omissão, que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, liberdade e desenvolvimento humano. Assim, o profissional do serviço social deve pautar suas ações na assistência a melhorias de problemas relacionados com a violência doméstica.

Para Daruge et al. (2000), a violência doméstica está associada a fatores socioeconômicos como problemas habitacionais, desemprego, má-distribuição de renda e frustrações, assim, é importante que os profissionais de saúde realizem a notificação e a análise epidemiológica, para se entender melhor os fatores envolvidos e implementar ações de prevenção.

Para Carvalho et al. (2013), a violência doméstica é uma questão complexa, sua dinâmica e os fatores determinantes, assim como estratégias de prevenção eficazes diferem em função da idade da vítima, do cenário em que a violência ocorre e da relação entre a vítima e o autor da agressão.

Os sinais que levam os profissionais a desconfiarem da violência doméstica em seus pacientes são as escoriações e edemas na boca, marcas no punho ou nos joelhos, fraturas dentais, avulsão dental, arranhões nos braços, escoriações e edemas em outras partes do corpo (pernas, braços), perturbações psicológicas e queimaduras (Carvalho et al., 2013).

O ambiente doméstico é o local privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticada por pais e outros familiares (Rates et al., 2015). Isso ocorre ao fato das crianças permanecerem mais tempo em seus lares, mas também à vinculação da violência ao processo cultural de educar as crianças por meio de castigos e ameaças.

O Relatório Mundial da OMS tipifica a violência em autoinfligida, interpessoal e coletiva. Por autoinfligida incluem comportamentos suicidas que abrangem ideação, tentativa e suicídio; e os autoabusos que referem às agressões contra si mesmo e as automutilações. As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário.

A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, mulheres ou homens e idosos no ambiente doméstico. Já a comunitária ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Por violências coletivas entendem-se os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado.

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, em diferentes culturas e classes sociais, independente de sexo ou etnia, crianças e adolescentes são vítimas cotidianas da violência doméstica, sendo um fenômeno universal e endêmico.

3.3 Violência contra crianças e adolescentes

Há tempos crianças e adolescentes são vítimas de violência. Entretanto, somente a partir de 1960, com a descrição da Síndrome da Criança Espancada (The Battered-Child Syndrome), pelo pediatra americano C. Henry Kempe, em 1962, os maus-tratos cometidos contra estes grupos, tornaram-se reconhecidos. A partir daí, várias convenções nacionais e internacionais têm sido propostas, com o intuito de proteção a essa população.

Não há consenso quanto aos métodos considerados violentos no processo de educação entre pais e filhos, embora a tendência mundial considere violência qualquer modalidade ou ato disciplinar que atinja o corpo da criança ou adolescente. Em alguns países, a palmada é proibida por lei.

A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade dolorosa, responsável por altas taxas de mortalidade e de morbidade sendo que a cada dia cresce o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares, vítimas de maus-tratos, abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligência ou abandono.

As ocorrências de violência na infância são destacadas pela vulnerabilidade das vítimas e incapacidade de se defenderem, sendo nessa faixa etária a violência familiar, cometida por membros da própria família, a mais frequente.

De acordo com a maioria dos estudos revisados, os autores da violência contra crianças são na maioria os familiares, identificando como principais agressores o pai, namorado ou companheiro da mãe e a própria mãe da vítima, sendo o domicílio o local de ocorrência mais frequente de acidentes e violências na infância, consequência de ser o local onde as crianças passam a maior parte do tempo.

Vários estudos mostram que a ocorrência de maus-tratos na infância tem sido relacionada com alguns fatores: condições sociais desfavoráveis (pobreza, promiscuidade, rede de apoio médico e social deficitária, desemprego, condições ruins de moradia), famílias com privação econômica, relações familiares desarmônicas, pais separados, baixo nível de escolaridade dos pais, famílias nas quais os pais abusadores ou negligentes foram abusados ou negligenciados na

infância, pais (ou responsáveis) usuários de substâncias psicoativas ou portadores de transtornos psiquiátricos (transtorno de personalidade, depressão, psicose), além de fatores de vulnerabilidade infantil como: retardo mental, ser adotado, estar vivendo em abrigo ou sistema de detenção compulsória.

O local mais acometido pela violência física no corpo da criança e adolescente é a pele. A lesão pode incluir desde vermelhidão, equimoses ou hematomas, até queimaduras de 1º. a 3º. grau, porém uma das manifestações mais graves da violência física contra a criança é a Síndrome do bebê sacudido (Shaken Baby Syndrome), que caracteriza-se por lesões de gravidade variável, ocorrem quando a criança, lactente, é violentamente sacudida, causando cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da espinha, lesões cerebrais, ocasionando a morte.

São também sinais de violência: queimaduras de cigarro e hematomas em locais cobertos pela roupa, Síndrome da orelha de lata (orelha deformada por puxões), Síndrome de Munchausen (pais simulam sintomas para levar a criança ao médico), Síndrome do bebê sacudido (lesões e sangramentos na cabeça), fraturas múltiplas e em fases de recuperação diferentes, sonolência causada por drogas para dormir, dadas constantemente pelas mães, sendo os bebês de até 2 anos as vítimas mais comuns.

Para Daruge et al. (2000), demonstram que a violência contra crianças no Brasil, atinge todas as camadas sociais, sendo mais visível nas classes mais pobres, por apresentar um controle maior da polícia e pelo fato desta classe procurar com maior frequência as delegacias, para relatarem os casos de violência ocorridos, oferecendo à imprensa oportunidade de terem suas vidas expostas publicamente.

A violência intrafamiliar constitui toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família, podendo ser cometida por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.

Formas agressivas e cruéis de se relacionar são usadas por pais, educadores e responsáveis por abrigos ou internatos, como estratégias para educar

e corrigir erros de comportamento de crianças e adolescentes. Esses tipos de violência (intrafamiliar, institucional e todas as formas de maus-tratos) provocam lesões e traumas físicos e emocionais, causando problemas no presente e futuro, afetando a qualidade de vida e saúde de milhares de crianças e adolescentes.

Para Daruge et al. (2000), a violência dentro da própria família se mostra de várias formas, sendo a agressão física a mais fácil de ser identificada, provocada normalmente por um indivíduo adulto ou mais velho. Esta forma de violência é um mal que não distingue sexo, religião, raça ou classe social. Para eles, as ações que caracterizam o abuso físico podem ser únicas ou repetidas, sem ter o caráter acidental, provocando danos físicos leves até os mais severos.

Os maus-tratos no ambiente familiar, vão desde pequenas palmadas tidas como educativas ou corretivas, até tapas, espancamentos, queimaduras, deixando marcas e cicatrizes físicas evidentes, porém quando se trata de maus-tratos psicológicos (discriminação, desprezo, depreciação, ameaças, chantagens), o diagnóstico torna-se difícil, por não deixar marcas ou evidências imediatas.

As experiências vividas na infância e adolescência, positivas ou negativas, refletem na personalidade adulta, produzindo comportamentos não adaptativos e déficits emocionais, até transtornos mentais graves, como: comportamento impulsivo, transtorno de hiperatividade, problemas de aprendizado escolar, transtornos de conduta e abuso de substâncias psicoativas na adolescência, e que crianças que sofreram maus-tratos estão mais predispostas a cometerem abusos com sua própria família na fase adulta.

Os principais tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes são:

- Negligência e abandono: omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e adolescente, que deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é uma forma extrema de negligência. A negligência é a omissão de cuidados básicos como privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, não proteção contra frio e calor, não provimento de estímulos e condições de frequência à escola.

- Abusos físicos ou sevícias físicas: atos violentos utilizando a força física de forma intencional, não acidental, cometidos por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com intuito de ferir, lesar, destruir a vítima, deixando marcas ou não no corpo. A violência física é a mais frequente, varia de uma palmada, a espancamentos e homicídios.

- Abuso sexual ou violência sexual: a prática sexual com indivíduos menores de 14 anos, com consentimento ou não das mesmas, é considerada por lei “violência presumida”, ou seja, não são considerados capazes de tomar decisões desta natureza. O abuso sexual inclui desde carícias, olhares perturbadores, até delitos de extrema violência e morte.

- Abuso ou violência psicológica: é a forma mais subjetiva, sendo mais difícil de ser identificado, embora seja frequente a associação com agressões corporais. Deixa profundas marcas no desenvolvimento, podendo comprometer toda vida mental.

Segundo o Relatório de 2002, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, na maioria dos países, meninas possuem maior risco ao infanticídio, abuso sexual, negligência física e nutricional e prostituição forçada, muitas não podem estudar ou são mantidas em casa para cuidar dos irmãos ou trabalham para ajudar na renda familiar. E meninos apresentam maior risco de sofrerem castigos físicos mais graves.

Um grande passo na garantia de proteção à infância e adolescência foi dado em 1988, no artigo 227 da Constituição Federal: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, e no parágrafo 4º. : “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”. Em 1990, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) regulamentou a Constituição.

Com a implementação do ECA, a concepção de atendimento à criança e ao adolescente mudou, pois essa lei exige prioridade absoluta às suas necessidades, por parte da família, sociedade e Estado.

Outro importante avanço surgiu do âmbito federal em 1998, com a criação, por portaria do Ministro da Saúde, de um Comitê Técnico Científico de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violência e o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, que está vinculado ao primeiro e ambos, com o objetivo de formular a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 309, de 08 de março de 2001, que aprova a proposta do Ministério da Saúde de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e publicada em Portaria GM/MS nº. 737 de 16 de maio de 2001 que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A notificação dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes são obrigatórias por lei federal, portanto, essa obrigatoriedade se estende a todo o território nacional. Sendo assim, os profissionais de saúde, ao suspeitarem ou constatarem a violência contra a criança e adolescente, possuem obrigação legal e moral de identificar e notificar os casos, prevista no ECA, no artigo 13 e na Portaria 1968, do Ministério da Saúde, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

O formulário deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra criança e adolescente é a informação emitida pelo setor saúde ou qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários, para proteção destes, vítimas de maus-tratos.

Diversos autores têm afirmado a importância do cirurgião-dentista na suspeição ou confirmação de casos de abuso infantil, por estarem em ótima situação para detectar sinais de maus-tratos, já que grande parte dos traumas físicos cometidos contra crianças ou adolescentes encontra-se nas áreas da cabeça, face e pescoço.

A intervenção do Conselho Tutelar se dá a partir de uma denúncia ou notificação de que os direitos da criança e adolescente estão sendo violados ou ameaçados. O termo denúncia é mais utilizado nos casos de informação anônima, e notificação quando o caso é reportado por profissionais de saúde e educação.

Porém, há muitos municípios que não possuem o Conselho Tutelar, devendo os casos de maus-tratos e de outras violações de direitos serem encaminhados para as Varas da Infância e Juventude, para outra Vara no caso da não existência da Vara especializada, ou ainda para a Promotoria, pois de acordo com o artigo 262 do ECA enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária.

Para denúncias de casos de violência contra crianças e adolescentes, o governo disponibiliza vários serviços de proteção como o Disque 100, e outras organizações criadas para essa finalidade, que deverão repassar tais informações aos Conselhos Tutelares mais próximos da residência da vítima. A ligação é gratuita e não é preciso se identificar.

No Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/1990) estabeleceu um marco legal em defesa dos direitos da criança, que vem se consolidando a cada dia pelo trabalho local realizado pelos Conselhos Tutelares, os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O Estatuto expressa: Art. 5º. Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente nos artigos 13 e 56 passa a ser obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar pelos profissionais da saúde e da educação sempre que verificarem uma suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra seus pacientes ou alunos. Essa exigência legal tem contribuído para a identificação precoce de muitas formas de violência cometidas contra crianças e adolescentes, principalmente de idade mais reduzida, e prevê penas para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que não notifiquem o fato.

Assim, os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 18 anos, obrigatoriamente deverão ser comunicados ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, conforme art. 13 do ECA, Lei 8069, de 13 de julho de 1990. O ECA considera crianças os menores de 12 anos e adolescentes aqueles com idade maior que 12 e menor de 18 anos.

No artigo 13 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (Redação dada pela Lei nº. 13010 de 26 de junho de 2014, que altera a Lei nº. 8069), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

No artigo 56: Os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental comunicarão ao Conselho Tutelar os casos de:

- I- maus-tratos envolvendo seus alunos;
- II- reiteração de faltas injustificadas e de evasão escolar, esgotados os recursos escolares;
- III- elevados níveis de repetência.

O artigo 245 define: Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche,

de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e Adolescente nos artigos 131 a 140, sendo um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional. É autônomo porque ninguém pode interferir ou influenciar as suas deliberações e não jurisdicional por não ter autoridade para julgar os conflitos, o que compete ao juiz. O Conselho deve ser criado por lei municipal ou distrital por tratar de um órgão público, que definirá local, dia, horário de funcionamento e remuneração dos membros, cujos recursos deverão estar incluídos na lei orçamentária municipal.

O objetivo do Conselho Tutelar é restabelecer os direitos violados que, na perspectiva do ECA, decorrem da ação ou omissão da família, da sociedade, do Estado ou da própria criança e adolescente. O Conselho substitui o sistema judiciário no atendimento de casos sociais/assistenciais e sem implicações jurídicas.

Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso, chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir até a residência verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), exceto em casos que a parceria se torne inconveniente, devem juntamente com os conselheiros encaminhar soluções sempre a favor da criança ou adolescentes. Os casos mais graves devem ser encaminhados à autoridade judiciária e ao Ministério Público, e se necessário solicitar a abertura do processo policial.

O Conselho Tutelar e a Autoridade Judiciária deveram ser informados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente sobre todas as instituições registradas para atuar no atendimento à criança e ao adolescente. Caberá ao Conselho Tutelar, em conjunto com o Judiciário e Ministério Público, fiscalizar as entidades cuja finalidade seja a prestação de atendimento e cuidados à criança e adolescente.

Segundo a Lei 8069, no artigo 132: em cada Município e em cada Região Administrativa do Distrito Federal haverá, no mínimo, 1 Conselho Tutelar como órgão

integrante da administração pública local, composto de 5 membros, escolhidos pela população local para mandato de 4 anos, permitida 1 recondução, mediante novo processo de escolha. (Redação dada pela Lei 12696, de 25 de julho de 2012, altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei 8069, para dispor sobre os Conselhos Tutelares).

Para candidatar a membro do Conselho Tutelar, o ECA estabelece no artigo 133 três pré-requisitos: o candidato terá que ter reconhecida idoneidade moral, idade superior a vinte e um anos e deverá residir no município. De acordo com o artigo 139: o processo para a escolha dos membros do Conselho Tutelar será estabelecido em lei municipal e realizado sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, e a fiscalização do Ministério Público. (Redação dada pela Lei 8242, de 12 de outubro de 1991, que cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências), e o poder público municipal deverá prover os recursos necessários para o pleito, assim como providenciar a dotação orçamentária e estrutura adequada para o funcionamento do conselho.

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) é um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo e composição paritária, previsto no artigo 88 da Lei nº. 8069/90.

De acordo com o artigo 136 do ECA, as atribuições do Conselho Tutelar são:

- I- atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos artigos 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII.
- II- atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando medidas previstas no art. 129, I a VII.
- III- promover a execução de suas decisões, podendo para tanto: a. requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; b. representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.
- IV- encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente.

- V- encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência.
- VI- providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional.
- VII- expedir notificações.
- VIII- requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário.
- IX- assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente.
- X- representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal.
- XI- representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural. (Redação dada pela Lei 12010 de 03 de agosto de 2009, que altera a Lei 8069).

Parágrafo único. Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família. (Incluído pela Lei nº. 12010, de 2009) Vigência.

Assim, o Conselho Tutelar dentro da comunidade se torna para a criança e adolescente, a instituição que vai tentar dentro de suas possibilidades a efetivação de seus direitos. Este órgão, como previsto na lei, tem liberdade para receber e executar ocorrências de ameaça ou violação de direito cometido contra criança e adolescente.

A Lei nº. 12650 de 17/05/2012, conhecida como Lei Joanna Maranhão, altera as regras sobre a prescrição do crime de pedofilia e também o estupro e o atentado violento ao pudor, praticados contra crianças e adolescentes. Agora, a contagem de tempo para a prescrição só vai começar na data em que a vítima fizer 18 anos, caso o Ministério Público não tenha antes aberto ação penal contra o

agressor. Até então, a prescrição era calculada a partir da prática do crime e varia segundo a acusação.

A Lei da Palmada (Projeto Lei nº. 7672/2010) foi criada com o objetivo de promover alterações no ECA, tornando mais amplos os direitos da criança e adolescente. Ocorre que esse projeto de lei, ganhou novas conotações e foi convertido em Lei Ordinária nº. 13010, de 26 de junho de 2014, que altera a Lei 8069, para estabelecer o direito da criança e adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Essa lei ficou conhecida como Lei Menino Bernardo e busca mudanças da cultura das práticas educacionais que violam os direitos das crianças enquanto sujeitos cidadãos.

Nos Estados Unidos, em alguns estados, os profissionais de saúde e de outras áreas da política social para crianças e adolescentes são os principais responsáveis legais por notificar. Já em outros, todos os americanos adultos são obrigados a fazê-lo (Gonçalves e Ferreira, 2001).

A notificação é uma forma de prevenção de possíveis recorrências de maus-tratos, observa-se que crianças vítimas, em que não houve nenhum tipo de intervenção por meio de terapias ou notificações, 5% são mortas e 35% sofrem agressões sérias novamente (De-Lorenzi, et al., 2001).

Porém, para alguns autores, os casos registrados em todo o país, em delegacias, Conselhos Tutelares, hospitais e institutos médico-legais são apenas um alerta, não revela a verdadeira dimensão do problema. E que a real prevalência de violência em crianças e adolescentes é desconhecida, pois muitos só revelam na idade adulta.

Segundo Faleiros (2003), para entender melhor a situação de violência sexual contra crianças e adolescentes é necessário distinguir dois momentos: a revelação e a notificação. A revelação é o primeiro e decisivo passo, no qual a vítima conta para alguém sobre a violência que sofreu ou vem sofrendo, a mãe é apontada como figura importante nesse processo, pois na maioria das situações o abuso é revelado a ela. A informação pode ficar restrita à família ou tornar pública por meio da notificação, no qual a vítima ou a pessoa que soube do abuso dirige ao Conselho Tutelar ou Delegacia para comunicar a violência ou fazer o boletim de ocorrência.

Para o mesmo autor a existência do Estatuto da Criança e do Adolescente, dos Planos Nacionais e Estaduais de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, de Delegacias da Criança e do Adolescente e de Conselhos Tutelares facilita o percurso da denúncia.

Porém, vários fatores contribuem para que a notificação de violência, principalmente de abuso sexual intrafamiliar não seja realizada devido o medo das consequências, associada à punição do responsável; desejo de ter uma família unida; dependência emocional e financeira do companheiro. Sendo assim, a revelação e a notificação do abuso sexual são momentos difíceis para a vítima e seus familiares, pelo fato de geralmente envolverem pessoas próximas à criança, e apresentarem reflexos no sistema familiar, como rompimento de vínculo, culpabilização e perda de suporte financeiro.

Na maioria o abuso sexual intrafamiliar não deixa marcas físicas na vítima e é cometido por pessoas diretamente ligadas à criança. O fato de ser realizado sem o uso de força ou violência física está relacionado à lealdade e confiança que a criança deposita no agressor, assim, essa situação é mantida em segredo por longo período de tempo. O abuso sexual ocorre mais frequentemente em meninas e dentro do ambiente familiar.

Outros estudos reafirmam que frequentemente a notificação é realizada por alguém próximo à criança e pela mesma pessoa a quem foi revelada a violência, e muitas vezes, as famílias demoram a tomar iniciativa para denunciar as situações de abuso e quando ocorre nem sempre há encaminhamento para atendimento e se há nem sempre é de forma imediata.

De acordo com Minayo (2006) a violência sexual é uma das formas de abuso frequentes no ambiente familiar, e as principais vítimas são meninas, e os agressores são o pai, padrasto, ou ainda pessoas conhecidas e do relacionamento familiar com a vítima.

As causas externas (acidentes e violências) constituem a principal causa de morte entre crianças a partir de 1 ano de idade e adolescentes, tornando importante problema de saúde pública para famílias e sociedade. Esses agravos são

responsáveis por eventos não fatais e sequelas que afetam negativamente a qualidade de vida de crianças e adolescentes (OMS, 2008).

Considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é responsável por elevados índices de morbimortalidade infantil (Garbin et al., 2011).

Estudos recentes discutem a dificuldade dos profissionais de saúde e educação em realizar a notificação da violência, principalmente em situações de abuso sexual. Essa dificuldade leva a maior subnotificação da violência contra crianças e adolescentes, o que dificulta a compreensão desse fenômeno, pois é a partir de dados epidemiológicos que os governantes pautam ações sociais de prevenção.

Assim, o profissional e as equipes de saúde de todos os níveis de prevenção e assistência devem ser treinados para identificar os casos de maus-tratos. A ficha de notificação permite assinalar, a partir do atendimento, os principais tipos de violência contra crianças e adolescentes, que ocorrem na grande maioria, no interior da família, mas também em instituições de internamento, comunidade e ambiente social em geral.

A criança e adolescente quando vítimas de maus-tratos ou abusos, ao chegarem a um serviço de saúde, escola ou outra instituição, demandam proteção e atendimento por uma equipe multiprofissional, que são direitos da criança e adolescente, e prover assistência e notificar são deveres do profissional, pois a exploração da criança tanto material, moral ou psicológica é definida como crime, previsto no Código Penal Brasileiro.

No Código Penal, o artigo 136 dispõe sobre maus-tratos e especifica o seu significado dizendo que é: “Expôr a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”.

3.4 Violência contra mulheres

De acordo com a Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) a violência contra a mulher é qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada.

A violência contra as mulheres é muito frequente no Brasil, segundo pesquisas realizadas pelo Ibope, 2006, para 55% da população a violência é um dos três principais problemas que preocupam as mulheres e 51% dos entrevistados declararam conhecer uma mulher que já foi agredida pelo seu companheiro.

A mulher sofre vários tipos de violência, dentre elas destacamos: violência de gênero, sexual, física, emocional e psicológica.

A violência contra a mulher para ser entendida precisa ser vista sob a perspectiva de gênero. Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas.

A violência de gênero envolve homens e mulheres, incide principalmente sobre as pessoas do sexo feminino e constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos.

O processo de dominação e exploração, parte integrante da sociedade, faz com que existam situações de mando e relações violentas entre homens e mulheres. Nesse âmbito, o ofensor por ter mais força física que a mulher e também por ter sua agressividade estimulada pela sociedade em que vive, utiliza o que a prendeu para intimidar e neutralizar a resistência da mulher por meio da violência física ou psicológica (Reis et al., 2004).

De acordo com os mesmos autores, a questão de gênero onde o homem detém o poder em suas relações sociais, as mulheres como uma categoria dominada, condicionadas a se submeter a atos de mando, agressões e violências, encontram nos meios coercitivos de força física ou na ameaça de seu uso pelos ofensores, motivo suficiente para cederem às exigências dos mesmos.

A violência sexual quando praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, torna as vítimas mais vulneráveis, devido envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do agressor em relação à vítima ou medo.

Entre as leis que garantem resultado significativo para os direitos individuais, sobretudo da mulher, podemos destacar a Lei 10224, de 15 de maio de 2001, que tem como foco o crime de assédio sexual. Até então, a Lei 9099 de 26 de setembro de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais vinha sendo aplicada irrestritamente a esses casos.

Desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas; e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática. Até então, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíam, em geral, ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher.

A partir de 2003, as políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres são ampliadas e passam a incluir ações integradas, como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.

Esta ampliação é retratada em diferentes documentos e leis publicados neste período, a exemplo dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de

Violência, Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros.

Destacam-se também outras iniciativas como políticas públicas e serviços especializados para o enfrentamento da violência contra a mulher no país, como: Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM), Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente (DEPCA), Conselho Tutelar. Para denúncias de casos de violência contra a mulher o governo disponibiliza o Disque 180 (Central de Atendimento à Mulher).

A Lei 10778 de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. O Decreto 5099 de 03 de junho de 2004, regulamenta a Lei 10778 e institui os serviços de referência sentinela. Depois a Portaria 2406 de 05 de novembro de 2004, institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

Outra conquista das mulheres brasileiras foi a aprovação da Lei nº. 11340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta lei prevê medidas de proteção às mulheres em situação de violência, que pode ser desde a saída do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e filhos, até o direito da mulher recuperar seus bens e cancelar procurações concedidas ao agressor, além de possibilitar a prisão em flagrante ou preventiva do agressor, sendo assim um importante instrumento de combate à violência doméstica contra as mulheres, já que a tipifica como crime e a caracteriza como violação dos direitos humanos.

Conforme o artigo 5º. da Lei Maria da Penha, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Já no artigo 6º., “a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos”.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Esse Plano foi aprovado em 2005, através do Decreto 5390 de 08 de março.

O PNPM possui como um de seus capítulos o enfrentamento à violência contra a mulher que, por sua vez, define como objetivo a criação de uma Política Nacional. Vale notar que a questão do enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher foi mantida como um eixo temático na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em agosto de 2007 e no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, lançado em 2008.

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi criado em 2007 e coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Esse pacto é um acordo estabelecido entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com o objetivo de articular ações que visam à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e garantir a aplicabilidade da Lei Maria da Penha (Lei nº. 11340/2006).

Os novos eixos estruturantes do pacto são: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; garantia da segurança cidadã e acesso à justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

A criação do Sistema Nacional de Dados sobre Violência contra a Mulher conforme previsto no artigo 38 da Lei Maria da Penha e do Registro Administrativo Unificado, para a construção de indicadores que permitam maior monitoramento,

avaliação e elaboração. Art. 38. As estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher serão incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança a fim de subsidiar o sistema nacional de dados e informações relativo às mulheres.

Parágrafo único. As Secretarias de Segurança Pública dos Estados e do Distrito Federal poderão remeter suas informações criminais para a base de dados do Ministério da Justiça.

Dados parciais da SPM evidenciam que durante os primeiros oito meses de vigência da Lei Maria da Penha (outubro de 2006 a maio de 2007), foram instaurados 32630 inquéritos policiais, 10450 processos criminais, 864 prisões em flagrante e 77 preventivas e mais de 5 mil medidas protetivas de urgência foram aplicadas (Brasil, 2010; 2011).

Vários estudos relatam que uma parte da violência doméstica afeta a mulher, apontada como a principal vítima dentro do lar, estimando-se que em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, forçada ao sexo ou sofreram outra forma de abuso durante a vida.

O ato sexual é representado como um ato de dominação, posseção do homem sobre a mulher.

A violência doméstica além de causar danos físicos e psicológicos, também provoca riscos à saúde de seus filhos, pois quando estes presenciam a violência contra sua mãe, apresentam maior possibilidade de sofrerem de depressão, ansiedade e retardos de desenvolvimento.

A definição de feminicídio é: morte de uma mulher por razões de gênero (por discriminação ou menosprezo à condição do sexo feminino).

A Lei nº. 13104, de 09 de março de 2015, que trata do feminicídio, altera o artigo 121 da Lei 2848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal), que passa a ser homicídio qualificado a morte de mulher por razões da condição de sexo. (CP, artigo 121, § 2º, VI). E altera o artigo 1º. da Lei 8072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

No § 2º - A do artigo 121 considera que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolver: I - violência doméstica e familiar; II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher. No § 7º. A pena do feminicídio é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado: I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência; III - na presença de descendente ou de ascendente da vítima.

As Leis do Feminicídio e Maria da Penha fazem referência expressa à vítima mulher. A Lei Maria da Penha também traz o contexto em que a violência doméstica e familiar baseada no gênero pode se dar no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto (Artigo 5º, I a III).

Art. 5º. Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II- no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III- em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Portanto, o feminicídio não deve ser confundido com a violência ocorrida dentro da unidade doméstica ou no âmbito familiar ou mesmo em uma relação íntima de afeto, exemplo: marido mata a mulher por questões vinculadas à dependência de drogas. O componente necessário para que possa falar de feminicídio, é a existência de uma violência baseada no gênero, exemplo: marido mata a mulher pelo fato do pedido de separação feito por ela.

O Código Penal, no artigo 61. São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime. II - ter o agente cometido o crime: f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de

coabitação ou de hospitalidade, ou com violência contra a mulher na forma da lei específica. (Redação dada pela Lei nº. 11340, de 2006).

Para enfrentar a violência contra a mulher, são necessárias ações conjuntas da sociedade, políticas públicas e serviços com esse objetivo, que conforme a Lei Maria da Penha, a mulher vítima de violência deverá contar com o apoio institucional de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais especializados das áreas da Saúde, psicossocial e jurídica, responsáveis pelo desenvolvimento de trabalhos de orientação e prevenção, e pelos encaminhamentos direcionados à mulher, familiares e agressor.

No acompanhamento dos casos, os profissionais do CRAM orientaram as mulheres sobre seus direitos e encaminharam-nas para instituições como, por exemplo, CREAS, DEAM e Conselho Tutelar, haja vista a existência de vítimas adolescentes.

3.5 Violência contra idosos

Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar à medida que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação.

A Lei 8842 de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política.

A promulgação do Estatuto do Idoso, através da Lei 10741, de 1º de outubro de 2003, trouxe o tema da violência contra esse grupo etário como pauta das políticas sociais. Regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania.

O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela asseguaração desses direitos.

A Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.

A Lei 12461 de 26 de julho de 2011, que altera a Lei 10741, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.

A Portaria MPAS/SEAS nº. 73, de 10 de maio 2001, estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Essa portaria integra a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar. A Portaria MS/SAS nº. 249, de 16 de abril de 2002, aprova normas referentes ao cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

A Portaria MS/GM nº. 702, de 16 de abril de 2002, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso.

A Portaria Interministerial MPAS/MS nº. 5153, de 7 de abril de 1999, institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de

Saúde do Ministério da Saúde. A Portaria leva em consideração o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira; a necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida; a diretriz de atender integralmente ao idoso e a sua família; o objetivo de reduzir o percentual de idosos institucionalizados; e a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso. Os cuidadores são divididos em diferentes modalidades: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional.

O Decreto nº. 5109, de 17 de junho de 2004, dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Este é um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.

A Lei nº. 12213, de 20 de janeiro de 2010, institui o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda devido às doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacionais do idoso.

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005) é resultado do esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

A Lei nº. 11433, de 28 de dezembro de 2006, institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Também determina que os órgãos públicos

responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade.

O Pacto pela Saúde 2006 (Portaria MS/GM nº. 399, de 23 de fevereiro de 2006) refere ao conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação, além de estabelecer metas e compromissos para cada ente da federação. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004) estabelece o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Um dos objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher consistem em: “Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade: – incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; – incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS”.

De acordo com Minayo (2006) a violência contra os idosos é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause danos ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

Vários estudos têm demonstrado que a violência contra essa faixa etária é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e autonegligência. E que o isolamento a que são submetidos por problemas de saúde

ou pela falta de autonomia, dificulta o diagnóstico de maus-tratos por vizinhos ou outras pessoas de sua relação. Os próprios idosos contribuem para que a violência não venha à tona, pois em geral sentem-se culpados em denunciar o agressor, que pode ser um parente próximo, e identificam sua dependência e as dificuldades do cuidado e acham natural que o cuidador não seja paciente.

Considera-se abuso contra idosos um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles (Minayo et al., 2003).

No texto sobre a Política de Prevenção de Acidentes e Violências (2001), o abuso contra idosos é tratado a partir da definição dos dois conceitos gerais (acidentes e violências) e depois na especificidade desse grupo. Esse conjunto de definições se desdobra nas categorias de abusos físicos, psicológicos e sexuais e ainda abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência.

Os abusos sofridos contra esse grupo social estão relacionados ao aumento da vulnerabilidade, pois passam a exigir mais cuidados e dependência. Além das formas mais comuns de violência (física, sexual e psicológica) há o envolvimento do benefício financeiro pessoal do idoso, abandono e negligências.

Segundo Minayo (2006) os abusos financeiros e econômicos geralmente são cometidos por familiares e estão associados às várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas e até a morte, e em geral os agressores são os filhos ou cônjuges. Os abusos e negligências ocorrem por choque de gerações, problemas de espaço físico e por dificuldades financeiras.

Vários estudos relatam que no interior das casas as mulheres são mais abusadas e nas ruas os homens são as vítimas preferenciais. Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes físicos e mentais, principalmente quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações de sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. O resultado dos abusos e maus-tratos é depressão, sentimento de culpa e negação das ocorrências.

3.6 Notificação

A notificação constitui uma ferramenta essencial para a construção de uma rede de proteção aos grupos vulneráveis e é realizada por qualquer profissional ou trabalhador de saúde, ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências no SINAN.

Segundo Patrício, Michaloski e Rujula (2011), a notificação é uma ferramenta para tomada de decisões. Portanto, a eficiência da notificação depende da contínua sensibilização dos profissionais/gestores para que reconheçam a importância dessa informação.

Notificar implica avaliar o caso e dividir com outros setores da sociedade a responsabilidade pela proteção. Para tanto, é fundamental a interação entre as diversas esferas envolvidas: polícia, justiça, educação, organizações não governamentais e o setor de saúde. Através da notificação dos casos suspeitos ou confirmados inicia-se um processo de assistência e auxílio à vítima e família, que visa interromper atitudes e comportamentos violentos do agressor, assim ao registrar que houve maus-tratos, o profissional atua no sentido de reconhecer as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade.

A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, constituído pela Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990; Lei nº. 10778, de 24 de novembro de 2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher, que for atendida em serviços públicos ou privados; Lei 10741, de 1º. de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, e a Lei 12461, de 26 de julho de 2011, que altera a Lei 10741, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendida em serviço de saúde. O Decreto nº. 5099, de 3 de junho de 2004, regulamenta a Lei 10778 e institui os serviços de referência sentinela.

Ainda no Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no artigo 9º., verificamos que no inciso VII, um dos principais deveres do cirurgião-dentista é: zelar

pela saúde e pela dignidade do paciente, assim considerando, não notificar um caso de maltrato significaria contrariar o zelo pela saúde e dignidade do paciente.

Desse modo, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde que deixar de comunicar a ocorrência de maus-tratos estará sujeito às sanções da lei e pode ter como pena multa de três a 20 salários de referência.

Conforme o artigo 5º. da Lei Maria da Penha (2006), “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Já no artigo 6.o lê-se: “A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos”.

Com relação à outra base legal, a implantação do Estatuto do Idoso (2003), a questão da agressão passou a contar com um instrumento regulador dos direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no qual se ressalta que prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos passa a ser um dever de toda a sociedade brasileira, bem como torna obrigatória a sua denúncia aos órgãos competentes.

Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatórios especializados, são responsáveis pela notificação de casos. As secretarias municipais de saúde dos municípios de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e, posteriormente, a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal, de modo a compor a base de dados nacional.

Assim, a implantação de uma ficha única em todo o território brasileiro pode ser considerada inquestionável avanço para a notificação e a criação de um sistema de informação sobre as situações de violência, especialmente de abuso sexual.

A ficha de notificação compulsória faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e possui diversos campos a serem preenchidos; entre eles, os dados pessoais do paciente, dados complementares sobre a pessoa atendida, dados da ocorrência, tipologia da violência e alguns campos específicos

caso a violência seja sexual. Também há dados do provável autor da agressão, e informações sobre evolução e encaminhamento.

De acordo com a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (Brasil, 2010), a ficha de notificação deve ser preenchida em três vias: a original deve ser encaminhada ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município; a segunda via deve ser encaminhada ao CT e/ou autoridades competentes (Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público); e a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência. Vale destacar, ainda, que os municípios têm autonomia para adequar o fluxo da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências às suas necessidades.

A ficha contribui para a consolidação da rede de atenção integral às vítimas de violência, cabendo enfatizar a importância da articulação do sistema de saúde com a rede de atendimento e o sistema de garantia de direitos, diante do desafio de identificar, notificar e encaminhar os casos, ampliando a resolutividade e garantindo proteção e defesa de direitos, especialmente nos grupos mais vulneráveis (Souza et al., 2014).

O Brasil, comparado a outros países com mais tempo de implantação da notificação compulsória, como os EUA, apresenta a potencial vantagem de adotar um padrão nacional e padronizado de registro (Lima e Deslandes, 2015).

Para Ferreira e Schramm (2000), é por meio da notificação que se cria o elo entre as áreas da saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência.

Gonçalves e Ferreira (2002) apontam as dificuldades dos profissionais em notificarem, como: a falta de preparo profissional; medo de quebrar o sigilo profissional, pois alguns desconhecem o respaldo que o Código de Ética assegura nessas situações; transtornos legais sucedidos da notificação, como por exemplo, emissão de laudos e realização de depoimentos e problemas estruturais, como precariedade dos órgãos que recebem as comunicações de casos suspeitos ou confirmados. Essas autoras afirmam que a decisão de notificar a violência no Brasil,

é influenciada por fatores pessoais dos profissionais, específicos de cada caso e pela estrutura dos serviços.

Já para Faleiros (2003) os obstáculos estão na dificuldade de classificar ou tipificar os abusos sexuais em crimes; existência de uma cultura de medo e impunidade, relacionada ao descrédito nas leis e instituições; ausência de comunicação e desconhecimento de leis, serviços, dados, pesquisa e desarticulação das ações; falta de recursos financeiros e materiais evidentes em infraestruturas inadequadas, contribuindo para que os serviços funcionem de forma precária; insuficiência de recursos humanos capacitados; descontinuidade e fragmentação das ações; carência de rotina de referência/ contrarreferência e burocratização dos serviços.

Segundo Minayo (2006) profissionais da saúde temem notificar por medo de perderem os pacientes, falta de confiança no serviço de proteção, medo de lidar com os pais quando crianças estão envolvidas, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em notificar. Outros profissionais ainda acreditam que o sistema judiciário é ineficaz e à comunicação às autoridades competentes não trariam resultados positivos.

Porém, a ação do setor saúde em notificar é importante pelo fato dos problemas de violência deixarem de ser considerados apenas da justiça e da segurança pública, pois anteriormente o setor saúde limitava somente a cuidar dos problemas físicos.

Além disso, as análises dos boletins de ocorrência policial de violência mostram que as informações sobre o agressor, o tipo de evento e local de ocorrência, inexistem ou são incompletas. As fontes oficiais de informação oferecem dados incompletos, devido formulários mal preenchidos.

Para Miranda e Yunes (2007), embora no senso comum denunciar e notificar situações de violência sejam termos utilizados como sinônimos, na área do Direito cada um dos termos representam uma esfera diferente de atuação, a área do Direito Penal e a área do Direito Civil, respectivamente.

Durante o inquérito policial, a vítima poderá ser encaminhada para o exame pericial, que de acordo com as conclusões poderá gerar um processo. Após o término do inquérito policial, o Promotor de Justiça faz a denúncia ao Juiz de Direito, que inicia o processo penal, que objetiva a responsabilização do abusador (Pisa e Stein, 2007).

Vários estudos demonstram que mesmo com o aumento da preocupação dos profissionais de saúde em relação à violência, ainda observa-se um déficit na notificação. É importante conhecer essas ocorrências e a sua distribuição no território brasileiro para identificar regiões e áreas com maior vulnerabilidade social e assim, executar ações capazes de melhorar a qualidade de vida.

A notificação possibilita um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência. Assim, permite construir formas de promoção e prevenção de acordo com as especificidades culturais das várias regiões do país, e também certificar se o atendimento às vítimas de maus-tratos está sendo incorporado às rotinas institucionais. A notificação é um instrumento de garantia de direitos e não uma denúncia.

Embora seja evidente a necessidade e obrigatoriedade de notificar, observa-se um despreparo geral dos profissionais, que limitam a cuidar das lesões físicas e ignoram sua razão real, muitas vezes deixam de registrar a situação de violência, mesmo quando declarada pela vítima.

✓ **Como comunicar os fatos à autoridade competente?**

De acordo com Chaim, em caso de crianças e adolescentes a comunicação ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores (Juizado da Infância e da Juventude) poderá ser feita através de telefone ou por escrito, como o exemplo:

Ao Conselho Tutelar do Município _____.

(Nome do autor da denúncia: Médico, **Cirurgião-Dentista**, Professor, Escola, Hospital, ou qualquer outra Entidade) vem, por meio desta, fundamentado no Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, comunicar o caso de (suspeita/confirmação) de maus tratos contra a criança ou adolescente (nome da criança ou adolescente),

que foi diagnosticada com sinais de abuso (no caso da criança ou adolescente estar internada em um Hospital, indicar o local), estando a partir deste momento, aguardando as providências desse Conselho.

(Podem ser anexados ainda, os relatórios sobre o caso).

Atenciosamente,

(Autor da denúncia), cidade e data.

Pode-se sugerir ainda, que os cirurgiões-dentistas, mantenham uma documentação adequada dos casos de maus tratos identificados, e, se possível, com fotografias das lesões detectadas e diagnosticadas, já que, algumas delas, podem sumir com o tempo; contudo, se nos casos relatados, forem tomadas providências rápidas, um exame de corpo de delito, acabará por documentar as lesões encontradas.

Os profissionais devem orientar as vítimas e sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia da Mulher, a fim de denunciar o ocorrido; quando esta não existir, pode-se buscar outra delegacia, e Instituto ou Departamento Médico-Legal, para realizar exame de corpo de delito, fundamental, principalmente quando existir marcas da agressão. Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do boletim de ocorrência. Em caso de crianças deve-se denunciar ao Conselho Tutelar, para que estes efetuem as providências necessárias.

Pode haver mais de um encaminhamento das vítimas, e deve-se considerar os seguintes serviços/instituições que atuam contra a violência:

- **Conselho Tutelar (Criança/Adolescente);**
- **Vara da Infância/Juventude ou Varas da Família;**
- **Casa Abrigo;**
- **Programa Sentinela:** de abrangência local ou regional, oferece serviços de atendimento psicossocial e jurídico, com proteção às crianças e adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como seus familiares, para a reparação da violência vivida (programa coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome).
- **Delegacia de Atendimento à Mulher – DEAM;**

- **Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente – DPCA;**
- **Outras delegacias (inclui Delegacia do Idoso/a);**
- **Ministério Público;**
- **Defensoria Pública;**
- **Centro de Referência da Mulher em Situação de Violência:** é um serviço criado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/Presidência da República, localizado nos municípios, e que oferece atendimento multidisciplinar, com apoio jurídico, psicológico e assistência social às mulheres em situação de violência. Não se trata dos serviços de assistência clínica como são os serviços de saúde.
- **Centro de Referência Especializado da Assistência Social/CREAS:** integrante do Sistema Único de Assistência Social/SUAS constitui-se numa unidade pública estatal, pólo de referência, coordenador e articulador da proteção social especial de média complexidade, responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados, direcionando o foco das ações para a família, na perspectiva de potencializar e fortalecer sua função protetora (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome).
- **Instituto Médico Legal – IML;**
- **CRAS:** Centro de Referência da Assistência Social;
- **Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa;**
- **CEREST:** Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador.
- **Conselhos de Direitos da Criança e Adolescente;**
- **Secretarias de Saúde;**
- **Secretarias de Desenvolvimento Social** (o nome pode variar de acordo com a região);
- **Organizações Não-Governamentais ligadas à Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.**

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, transversal com fonte de dados secundários.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido com dados da cidade de Piracicaba - SP, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui população estimada de 391.449 habitantes, distribuídos em 64 bairros na área urbana (IBGE, 2015).

A rede pública de saúde do município é formada por 8 Centros de Referência para Atenção Básica em Saúde (CRAB), possuindo dentistas em todas elas. Possui 51 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 27 compostas por dentistas. Possui 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com dentistas em 7 delas e 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Possui também Delegacia Seccional de Polícia (Delegacia de Defesa da Mulher, Delegacia de Proteção ao Idoso, Delegacia da Infância e Juventude), Ministério Público, Defensoria Pública, 2 Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, 2 Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), 7 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e um Instituto Médico Legal (IML).

4.3 Coleta de Dados

Incluiu todos os casos de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no período de 2009 a 2015.

O SINAN tem por objetivo o registro, processamento e armazenamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a

tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Os dados são coletados a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN) que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde, agravos de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela Informação e/ou Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Essa lista é atualizada através de portarias do Ministério da Saúde, sendo a mais recente a Portaria GM/MS 1271 de 06 de Junho de 2014.

Foram selecionadas fontes bibliográficas referentes à temática, como livros artigos, leis. A busca dos artigos indexados foi realizada em base de dados disponíveis em meios eletrônicos em artigos da Biblioteca virtual de Saúde (BVS): LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, utilizando descritores válidos (maus-tratos infantis, maus-tratos ao idoso, notificação, sistemas de informação, violência, violência doméstica, violência contra a mulher, violência sexual).

4.4 Aspectos éticos

Por se tratar de dados públicos extraídos do Sistema de Informação inserido no DATA/SUS, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentados os resultados das características das vítimas notificadas pelo SINAN em Piracicaba/SP. Entre 2009 e 2015 foram notificados 274 casos de violência, sendo que 26 (9,50%) foram do sexo masculino e 248 (90,50%) do sexo feminino. Quanto à idade predominou a faixa entre 20 e 59 anos para o sexo feminino (56,05%) e menores de 10 anos para o sexo masculino (38,46%). A faixa etária com menor número de notificações foi a de idosos (60 anos e mais). Quanto à caracterização da cor da pele ou raça, prevaleceu as vítimas brancas (64,60%). No que toca à escolaridade, a categoria mais frequente foi a com oito anos ou mais de estudo (38,68%). Em relação ao local de ocorrência em primeiro lugar está a residência seguida da via pública. O setor ambulatorial do serviço de saúde foi o que mais atendeu os casos de violência notificados. Em 51(18,61%) casos houve a necessidade de internação hospitalar. Em 7(2,55%) notificações evoluíram ao óbito (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos notificados segundo características das vítimas e da ocorrência, Piracicaba, 2009 a 2015.

Variáveis	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Ciclos de vida			
<10 Anos	10 (38,46%)	30 (12,09%)	40 (14,60%)
Entre 10-19	5 (19,23%)	73 (29,43%)	78 (28,46%)
Entre 20-59	9 (34,61%)	139 (56,05%)	148 (54,01%)
60 e mais	2 (7,70%)	6 (2,42%)	8 (2,92%)
Raça			
Branca	13 (50%)	164 (66,13%)	177 (64,60%)
Preta	2 (7,70%)	21 (8,47%)	23 (8,39%)
Amarela	1 (3,84%)	0	1 (0,36%)
Parda	7 (26,92%)	56 (22,58%)	63 (22,99%)
Não informado	3 (11,54%)	7 (2,82%)	10 (3,65%)
Escolaridade			
Analfabeto	0	4 (1,61%)	4 (1,46%)
≤ 7 anos	6 (23,07%)	80 (32,26%)	86 (31,38%)
≥ 8 anos	3 (11,54%)	103 (41,53%)	106 (38,68%)
Não informado	17 (65,39%)	61 (24,59%)	78 (28,47%)
Local ocorrência			
Residência	10 (38,46)	127 (51,21%)	137 (50%)
Via pública	9 (34,61%)	55 (22,18%)	64 (23,36%)
Escola/ Prática esportiva	3 (11,54%)	6 (2,42%)	9 (3,28%)
Bar ou similar	0	2 (0,80%)	2 (0,73%)
Outros	3 (11,54%)	48 (19,35%)	51 (18,61%)
Não informado	1 (3,84%)	10 (4,03%)	11 (4,01%)
Encaminhamento setor saúde			
Encaminhamento ambulatorial	7 (26,92%)	157 (63,30%)	164 (59,85%)
Internação hospitalar	7 (26,92%)	44 (17,74%)	51 (18,61%)
Não se aplica	5 (19,23%)	9 (3,63%)	14 (5,11%)
Não informado	7 (26,92%)	38 (15,32%)	45 (16,42%)
Evolução do caso			
Alta	20 (76,92%)	212 (85,48%)	232 (84,67%)
Evasão/fuga	1 (3,84%)	12 (4,84%)	13 (4,74%)
Óbito por violência	5 (19,23%)	2 (0,80%)	7 (2,55%)
Não informado	0	22 (8,87%)	22 (8,03%)
Total	26	248	274

Fonte: SINAN/DATASUS

A forma de violência mais notificada foi a física tanto em homens quanto mulheres, correspondendo a um total de 151 (34,79%) notificações, seguida pelo estupro 123 (28,34%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Tipos de violência segundo sexo, Piracicaba, 2009-2015.

Tipos de violência	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Física	18 (47,37%)	133 (33,58%)	151 (34,79%)
Psicológica/moral	4 (10,52%)	63 (15,91%)	67 (15,44%)
Tortura	1 (2,63%)	19 (4,80)	20 (4,61%)
Assédio Sexual	3 (7,90%)	44 (11,11%)	47 (10,83%)
Estupro	8 (21,05%)	115 (29,04%)	123 (28,34%)
Atentado ao pudor	4 (10,52%)	22 (5,55%)	26 (5,99%)
Total*	38	396	434

(*) Em um único caso notificado pode ter ocorrido mais de um tipo de violência

Fonte: SINAN/DATASUS

Os tipos de agressão são representados na tabela 3, o espancamento predominou em ambos os sexos com 157 (49,68%) notificações, seguida pela ameaça nas mulheres.

Tabela 3 - Tipos de agressão, Piracicaba, 2009-2015.

Tipo de agressão	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Espancamento	14 (48,27%)	143 (49,82%)	157 (49,68%)
Enforcamento	4 (13,79%)	25 (8,71%)	29 (9,18%)
Objeto contundente	4 (13,79%)	11 (3,83%)	15 (4,74%)
Objeto pérfuro-cortante	4 (13,79%)	23 (8,01%)	27 (8,54%)
Arma de fogo	0	24 (8,36%)	24 (7,59%)
Ameaça	3 (10,34%)	61 (21,25%)	64 (20,25%)
Total*	29	287	316

(*) Em um único caso notificado pode ter ocorrido mais de um tipo de agressão

Fonte: SINAN/DATASUS

Quanto aos perpetradores da violência, o desconhecido se destacou, tanto em homens quanto mulheres, perfazendo um total de 83 (34,45%) notificações. No sexo feminino, em segundo lugar destaca-se o cônjuge, seguida por um amigo ou conhecido (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil do agressor, Piracicaba, 2009-2015.

Agressor	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Pai	4 (19,05%)	13 (5,91%)	17 (7,05%)
Padrasto	0	9 (4,09%)	9 (3,74%)
Mãe	1 (4,76%)	2 (0,91%)	3 (1,25%)
Madrasta	1 (4,76%)	0	1 (0,41%)
Cônjuge	1 (4,76%)	44 (20%)	45 (18,67%)
Ex-cônjuge	0	8 (3,63%)	8 (3,32%)
Namorado (a)	0	15 (6,81%)	15 (6,22%)
Ex-namorado (a)	0	8 (3,63%)	8 (3,32%)
Filho (a)	0	1 (0,45%)	1 (0,41%)
Irmão (a)	0	7 (3,20%)	7 (2,90%)
Amigos/Conhecido	4 (19,05%)	26 (11,82%)	30 (12,45%)
Desconhecido (a)	6 (28,57%)	77 (35%)	83 (34,45%)
Cuidador (a)	0	1 (0,45%)	1 (0,41%)
Própria Pessoa	4 (19,05%)	9 (4,09%) c	13 (5,39%)
Total*	21	220	241

(*) Número total de casos com a identificação do agressor

Fonte: SINAN/DATASUS

6 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo apontam a violência física como a mais notificada, fato observado em diversos estudos sobre o tema. Seguida pelo estupro, sendo o principal agressor um desconhecido, seguido pelo cônjuge em mulheres. As principais vítimas foram do sexo feminino entre 20 e 59 anos, brancas, com escolaridade maior ou igual a 8 anos. A residência foi o local predominante para ocorrência das violências. Como houve predominância de vítimas do sexo feminino possivelmente trata-se de violência baseada nas relações de gênero.

Estudos realizados por Deslandes et al. (2000), Schraiber et al. (2002) e Garcia et al. (2008), houve predominância de casos de violência física no atendimento hospitalar, por ser a violência que mais frequentemente provoca lesões e requer atendimento médico.

Estudo de Deslandes et al. (2000), desenvolvido em dois hospitais públicos de referência do Município do Rio de Janeiro, Brasil, mostrou que das 72 mulheres atendidas, 70,4% sofreram agressões por espancamentos. Schraiber et al. (2002), em uma pesquisa com entrevista padronizada a mulheres de 15 a 49 anos atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde, encontraram que 44,4% delas relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta. No entanto, mesmo com esses percentuais, os autores chamam a atenção para o silêncio e a invisibilidade que envolve a questão da violência contra a mulher que muitas vezes não é detectada no setor saúde pela dificuldade em se falar e tratar do assunto, tanto por parte das mulheres agredidas quanto por parte dos profissionais.

Em estudo realizado por Carcia et al. (2008), a elevada ocorrência da violência psicológica encontrada na ONG SOS Mulher corrobora o estudo realizado por Galvão e Andrade (2004) no Centro de Atendimento à Mulher no Município de Londrina, Paraná, Brasil, que oferece atendimentos jurídicos, sociais e psicológicos às mulheres vítimas de violência, onde os autores encontraram maior prevalência das violências psicológica/emocional (56,4%) e física (32,1%). Também, a elevada ocorrência de violência verbal encontrada nos atendimentos da ONG SOS Mulher confirma os dados obtidos por outros autores como Adeodato et al. (2005), que

analisando a qualidade de vida e depressão em mulheres atendidas na Delegacia do Ceará, Brasil, observaram que a maioria sofreu agressões verbais e físicas (83%).

Deslandes et al. (2000) também verificaram a ocorrência da agressão verbal, base de qualquer agressão, como fator que precede a violência física. Entretanto, segundo esses autores, a violência verbal é banalizada e raramente reconhecida, tornando-se talvez a mais invisível de todos os tipos de violência.

Segundo Oshikata et al. (2005), uma das causas que contribui para a baixa frequência de denúncias é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, com vínculo sentimental ou hierárquico entre agressores e vítimas, e estas nem sempre denunciam ou procuram atendimento médico, ainda que a violência se repita por meses ou anos.

O predomínio de mulheres vítimas de agressão na faixa etária de 20 a 59 anos, encontrada no presente estudo, é concordante com o apresentado nos estudos de Garcia et al. (2008) e Deslandes et al. (2000). Acredita-se que adultos jovens e adultos possuem maior autonomia para denunciar.

Adeodato et al. (2005) acrescentam que a escolaridade da mulher agredida evidencia em média 6 anos de estudo, embora Sant'Anna (2003) afirme que as agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais. No presente estudo as notificações ocorreram em maior frequência nas que possuem 8 anos ou mais de estudo, o que não está de acordo com o estudo de Garcia et al. (2008) e Schraiber et al. (2002) que encontrou o baixo nível de escolaridade.

A predominância da violência dentro do próprio lar, verificada no presente estudo, confirma dados da literatura (Garcia, et al., 2008; Deslandes, et al., 2000 e Sant'Anna, 2003).

Deslandes et al. (2000) apontam em uma pesquisa que 80,3% das agressões foram praticadas no interior da residência, sendo recorrentes, e os autores acreditam que as agressões são facilitadas pelo fato de transcorrerem na privacidade e sem interferências de outras pessoas.

O perfil de casos de violência notificados em Piracicaba/SP não diferiu de estudos realizados por diversos autores.

No presente estudo verificou-se que as principais vítimas foram do sexo feminino. Além da elevada ocorrência de violência contra mulheres, possivelmente contribuem para essa maior notificação o fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde que os homens.

O menor número de casos notificados de violência contra crianças e idosos pode estar relacionado ao fato destes indivíduos não possuírem autonomia para notificar.

Para Silva et al. (2005), o idoso vítima de violência tende a proteger o agressor em virtude do sentimento de obrigação em resguardar um familiar contra punições legais ou por temer o aumento das agressões.

O uso da violência física como prática disciplinadora é apontado em vários estudos como um dos motivos para violação dos direitos das crianças, e mesmo quando as violências não deixam marcas físicas evidentes, trazem sofrimentos psíquicos e afetivos, que traumatizam por toda a vida.

No estudo de Zambon et al. (2012), na análise da violência doméstica na criança e adolescente, a negligência e o abuso foram predominantes.

Alguns autores afirmam que a obrigatoriedade legal de notificar, por si só, não é suficiente para fazer com que os profissionais adotem a notificação como conduta padrão, sendo necessário o enfrentamento de diversos obstáculos como, por exemplo, o medo de envolvimento na situação de violência e suas consequências.

As informações disponibilizadas pelo sistema não permitiu analisar questões referentes à negligência/abandono.

A limitação do estudo é se tratar de dados secundários, por estarem sujeitos a viés de informação, e por ser um estudo descritivo não é possível estabelecer causalidade.

7 CONCLUSÃO

As violências são objeto de notificação obrigatória, e as ações de proteção às vítimas devem ser estabelecidas prontamente. Assim, os profissionais, tanto da atenção primária, emergência ou atenção secundária, devem estar preparados para a observação da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas, sendo capacitados para o enfrentamento do problema. Visto a alta prevalência da violência nos dias atuais, recomenda-se que o diagnóstico de maus-tratos faça parte da rotina do exame, na tentativa de diminuir esse agravo para a sociedade e para a saúde.

Para que o sistema de registro possibilite o processo de avaliação continuada e monitoramento da rede de proteção é necessário investir em pessoas, equipamentos e meios para ação, assim será possível sua efetivação. É imperioso também que as vítimas denunciem os agressores e preencham todos os dados previstos na ficha de atendimento.

É necessário detectar casos de violência, e também realizar o acolhimento e encaminhamento das pessoas atendidas.

O Sistema de Notificação VIVA é potente ferramenta para romper o silêncio e invisibilidade da violência.

REFERÊNCIAS*

Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev Saude Publica. 2005 Jan;39(1):108-13. doi: 10.1590/S0034-89102005000100014.

Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Cienc Saude Colet. 2012 Sep;17(9):2305-17. Doi: 10.1590/S1413-81232012000900012.

Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2008 Feb;24(2):323-32. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200011.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 4. ed. São Paulo: Saraiva; 1990.

Brasil. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990 [acesso 22 Jul 2016]. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

Brasil. Lei nº. 10778, de 24 de novembro de 2003 [acesso 15 Jul 2015]. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm.

Brasil. Lei nº. 13010, de 26 de junho de 2014 [acesso 15 Jul 2015]. Altera a Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União; 2001.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011 [acesso 15 Jul 2015]. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20N%20104,%20de%2025%20de%20Janeiro%20de%202011.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 48 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 96 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 72 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF; 2013.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10741, de 1º de outubro de 2003 [acesso 15 Jul 2015]. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 11340, de 7 de agosto de 2006 [acesso 15 Jul 2015]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2007.

Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério da Justiça. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF; 2004.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília: Presidência da República, 2007 [acesso 10 Out 2015]. Disponível em: http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República, 2010 [acesso 9 Set 2015]. 52 p. Disponível em: http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília: 2011 [acesso 9 Set 2015]. 70 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>.

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação [acesso 15 Jul 2015]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>.

Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. Medicina (Ribeirão Preto). 2013;46(3):297-304.

Cavalcanti AL. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. Rev Bras Odontol. 2001;58(6):378-80.

Chaim LAF. Manual de Prevenção dos Maus Tratos Infantis para Cirurgiões-Dentistas; [20??] [acesso 15 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.drchaim.com.br/manual.pdf>.

Chaim LAF, Gonçalves JR. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. Rev ABO Nac. 2006;14(1):19-24.

Chesnais JC. Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos Jours. Paris: Robert Laffont Éditeur; 1981.

Código Penal Brasileiro. Lei nº. 2848 de 7 de dezembro de 1940. São Paulo: Saraiva; 2000.

Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registro dos conselhos tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Cien Saude Colet. 2007;12(5):1129-41.

Costa MC, Carvalho RC, Santana MA, Silva LM, Silva MR. Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. Cienc Saude Colet. 2010;15(2):563-74.

Costa MS, Serafim MLF, Nascimento ARS. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(3):551-8.

Daruge E, Chaim LAF, Gonçalves RJ. Criança maltratada e a odontologia – Conduta, percepção e perspectivas – uma visão crítica [acesso 15 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.sentinelaguapore-rs.com.br/imagens/artigos/crianca.pdf>.

Daruge E, Daruge Júnior E, Francesquini Júnior L. *Tratado de Odontologia Legal e Deontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Grande Sul*. 2003;25(Supl 1):9-21.

De-Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus-tratos na infância e adolescência: Análise de 100 casos. *Rev Cient Amecs*. 2001;10(1):47-52.

Deslandes SF. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Rev Cien Saude*. 1999;4(1):81-94.

Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendida em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):129-37.

Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43-77.

Domenach JM. La violencia. In: UNESCO (organizador). *La Violencia y sus Causas*. Paris: Unesco; 1981.

Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1939-52.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº. 8069 de 13 de julho de 1990. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade; 1990.

Faleiros, E. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.

Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Rev Saude Publica. 2000;34(6):659-65.

Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. J Pediatr (Rio de Janeiro). 2005;81(5 supl):S173-80.

Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Cad Saude Publica. 2008;24(1):28-38.

Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. Saude Soc 2004;13:88-99.

Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad Saude Publica. 2006;22(12): 2567-73.

Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI, Saliba O, Dossi AP. A importância da descrição de lesões odontológicas nos laudos médico-legais. Rev Pos-Grad. 2008;15(1):59-64.

Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. Rev Bras Pesq Saude. 2011;13(2):17-23.

Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. Epidemiol Serv Saude. 2016 Jan-Mar;25(1):179-86.

Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. Epidemiol Serv Saude. 2013 Sep;22(3):383-94.

Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2551-63.

Gonçalves H, Ferreira AL. A notificação por violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Rio de Janeiro; 2001. 20 p. Mimeografado.

Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):315-9.

Grossi PK, Tavares FA, Oliveira SB. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea Digit*. 2008;14(1):267-80.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

Lima JS, Deslandes SF. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saude Soc*. 2015;24(2):661-73.

Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2010;15(2):481-91.

Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Souza MFM, Moraes Neto OL, Costa VC, et al. A vigilância de violências e acidentes no Sistema Único de Saúde: uma política em construção. *Divulg Saude Debate*. 2007;39:82-92.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macario EM. Perfil dos Atendimentos de Emergência por Acidentes envolvendo Crianças Menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1669-79.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad. Saude Publica*. 2015;31(5):1095-105.

Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2006;59:344-8.

Martins CBG. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):660-5.

Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MCO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad Saude Publica. 2010;26:347-57.

Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Rev Saude Publica. 2011;45(3):564-74.

Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. J Interpers Violence. 2013;28(5):975-96.

Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. Cad Saude Publica. 1993;9(1):65-78.

Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. Cad Saude Publica. 1994;10(Supl):7-18.

Minayo MCS, Coimbra Jr. CE. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saude Publica. Rio de Janeiro, 2003;19(3):783-91.

Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 284p.

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Souza ER, Minayo MCS. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Minayo, MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132 p.

Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2005;21(4):1124-33.

Neumann ZA. Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. Rev Saúde. 2002;3:47-8.

Oliveira BRG, Thomazine AM, Bittar DB, Santos FL, Silva LMP, Santos RL, et al. A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. *REME Rev Min Enferm* 2008;12:547-56.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: WHO; 2002.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica*. 2005;21:192-9.

Patrício KP, Michaloski LCR, Rujula MJP. Vigilância em saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec: Cealag; 2011. p.355-73.

Pereira PHS. Observações prefaciais à Lei 13010/2014, Lei Menino Bernardo. Jul 2014 [acesso 10 Set 2015]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/30179/observacoes-prefaciais-a-lei-13-010-2014-lei-menino-bernardo>.

Pires JMA. Barreiras para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infantil*. 2005;5(1);103-8.

Rafael RMR, Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):149-53.

Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Cien Saude Colet*, 2015;20(3):655-65.

Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):465-73.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):472-7.

Sant'Anna ME. Violência doméstica. *Med Soc*. 2003;16:25-8.

Santos SS, Dell'Aglio DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicol Soc*. 2010;22(2):328-35.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002 Aug;36(4):470-7.

Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):237-45.

Silva EMM, Silva-Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. *Rev Cienc Ext*. 2005;2(1):62-74.

Silva MAI, Ferriani MGG. Violência doméstica: do visível ao invisível. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(2):275-81.

Silva MCM, Brito AM, Araujo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):403-12.

Silva MR. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes: violência física [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: SBP/Claves, SedII-MJ; 2000.

Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Jan/Mar;18(1):94-107.

Souza CS, Costa COM, Assis SG, Musse JO, Nascimento Sobrinho C, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014 Jan/Mar;19(3):773-84.

Souza ER, Minayo MCS. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil: Década de 80. In: Minayo MSC, organizador. *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. São Paulo: Hucitec; 1994, p.87-116.

Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude de morbimortalidade. In: Lima CA, coordenador. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.23-8.

Souza ER, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. Ciênc Saude Colet. 2009;14:1709-19.

Teixeira SH. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: Diniz A, Cunha JR. Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro: Litteris; KroArt; Fundação Bento Rubião; 1998. p.101-14.

Tornavoi DC, Galo R, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. RSBO. 2011;8(1):54-9.

Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Cien Saude Colet. 2013 May;18(5):1263-72.

World Health Organization. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.

Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Rev Assoc Med Bras. 2012 Jul/Ago;58(4):465-71.

ANEXOS

Anexo 1 - Modelo da Ficha de Notificação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS					
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).					
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/ença		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		3 Data da notificação
	4 UF		5 Município de notificação		6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência
Notificação Individual	8 Nome do paciente				9 Data de nascimento
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>		12 Gestante
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/>		
			3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
	32 Situação conjugal / Estado civil		33 Relações sexuais		
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?		
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		38 Distrito
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		41 Código
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3
	44 Ponto de Referência		45 Zona		46 Hora da ocorrência
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/>		(00:00 - 23:59 horas)
		3 - Periurbana 9 - Ignorado			
48 Local de ocorrência		49 Ocorreu outras vezes?			
01 - Residência		04 - Local de prática esportiva		07 - Comércio/serviços	
02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar		08 - Indústrias/construção	
03 - Escola		06 - Via pública		09 - Outro	
		99 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada?	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Anexo 2 - Modelo de fluxograma de atendimento

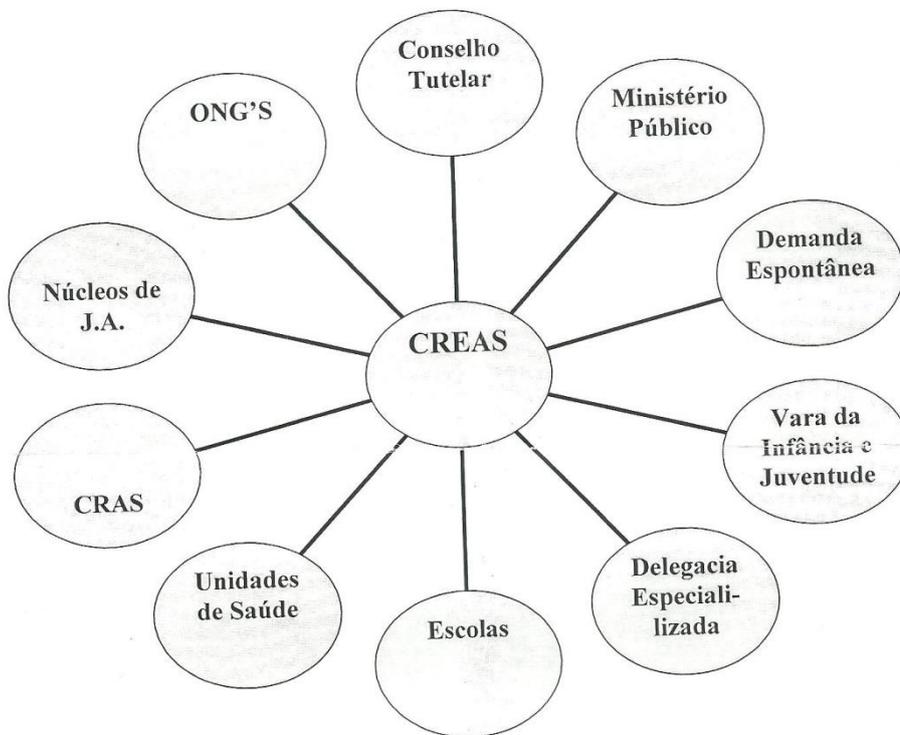


Secretaria Municipal de
Desenvolvimento Social

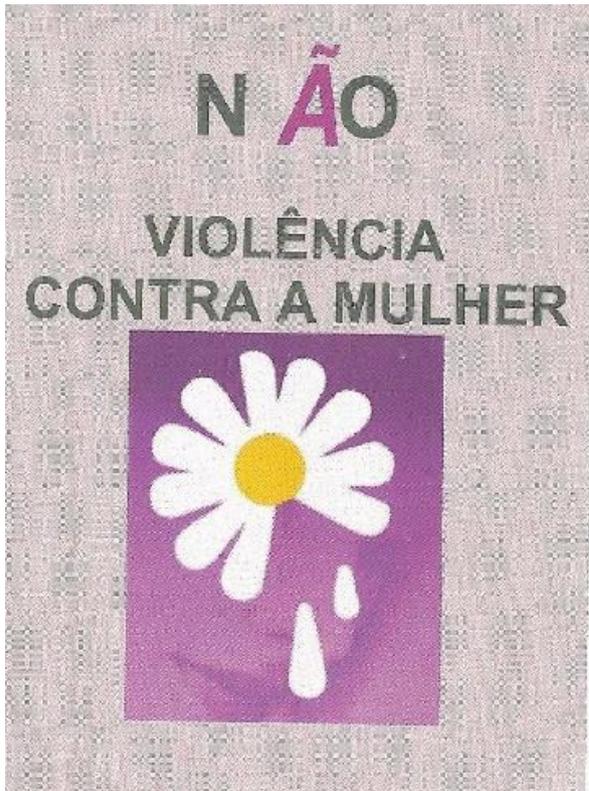


Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS
Rua Coronel João Notini, 360 Centro – Divinópolis/MG 3212-3600/3213-4155/3214-1307

Fluxograma de Atendimento



Anexo 3 - Exemplos de campanhas de denúncia de violência



**Divinópolis conta
com você!**

Em caso de violência
contra a mulher disque
100 ou 0800311119.



Prefeitura de Divinópolis
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social



Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres



Anexo 4 - Exemplos de prevenção de estupro

DICAS DE PREVENÇÃO AO ESTUPRO

- Evite lugares escuros e desabitados. Os estupradores preferem locais desertos e reservados, como prédios em construção, casas abandonadas, estacionamentos, terrenos baldios, praças desertas, ruas pacatas e lugares sem iluminação.
- Evite andar sozinha ou distraída, usar fones de ouvido nas ruas ou em transportes coletivos. Procure andar sempre em grupo. Tenha cuidado enquanto espera ônibus ou táxi e procure identificar a placa dos veículos nos quais irá embarcar.
- Caso estiver sozinha, ande sempre pela rua, e não na calçada. Caso perceba que está sendo observada ou seguida, mude o trajeto, entre em algum estabelecimento comercial ou local movimentado e, se necessário, peça ajuda ou acione a polícia.
- Nunca aceite carona de estranhos ou de pessoas pouco conhecidas. O carro facilita a ação do estuprador.
- Sempre que entrar ou sair de um veículo, fique atenta ao que ocorre do lado de fora. Verifique se há pessoas nas proximidades ou veículos em atitude suspeita.
- Estando de carro, evite ao máximo andar com os vidros abertos. Transite com as portas fechadas e, preferencialmente, na pista do meio.
- Não estacione para conversar ou namorar dentro do carro, principalmente em local escuro e deserto.
- Nunca aceite bebidas de estranhos, nem se distancie ou descuide do seu copo. Pegue pessoalmente a sua bebida e permaneça sóbria e atenta.
- Tenha cuidado ao entrar ou sair de caixas eletrônicos, shoppings, cinemas, restaurantes e bares, principalmente à noite e mesmo estando acompanhada.
- Muito cuidado com pessoas que você conhece apenas pela internet ou telefone. Nunca informe dados pessoais, nem revele sobre os seus hábitos ou os locais que frequenta. Não exponha a sua vida em blogs, sites de relacionamento ou redes sociais.
- Evite marcar encontro com pessoa pouco conhecida. Se inevitável, procure lugares públicos e bem movimentados. Não deixe que a pessoa te busque ou leve em casa.

COMO AGIR EM CASO DE ABORDAGEM POR SUSPEITOS OU ESTRANHOS

- Procure se controlar e não entrar em pânico. Faça o possível para não chorar. Essas atitudes podem dar estímulo ou causar uma reação ainda mais violenta por parte do estuprador.
- Não reaja e não grite, principalmente se a abordagem ocorrer com arma de fogo ou faca. Não tente fugir. Siga as instruções do agressor. Não discuta, não faça ameaças e evite movimentos bruscos.
- Entregue o que foi exigido (relógio, correntes, dinheiro, celular) e não ofereça o que não foi pedido.
- Não olhe nos olhos do estuprador. Tente observar as suas feições, roupas, tatuagens, cicatrizes e outros elementos que facilitem a sua identificação, como sotaque, modo de andar, placas de veículos.
- Siga as instruções do agressor logo após o estupro. Espere que ele se afaste do local e tente se manter firme até conseguir ajuda.

COMO AGIR APÓS SOFRER UMA AGRESSÃO

- Nunca deixe de denunciar um caso de estupro.
- Procure imediatamente a delegacia mais próxima ou acione a Polícia Militar pelo número 190.
- Em Belo Horizonte, vá até a Delegacia Especializada de Plantão de Atendimento à Mulher, na Rua São Paulo, 679 (esquina com Avenida Amazonas), Centro, onde o atendimento é realizado por policiais com treinamento especializado no acolhimento a vítimas de crimes dessa natureza.
- Não tome banho ou troque de roupa antes do exame de corpo de delito.
- Em Belo Horizonte, procure um dos hospitais conveniados para atendimento e avaliação médica, e também para receber orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis. Você receberá a medicação necessária e informações sobre a "pilula do dia seguinte", se for o caso.

ASCOM - PGMK

**DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO
À MULHER GAE - GRUPO ANTIESTUPRO**

Rua Aimorés, 3005
Barro Preto – BH/MG
31 3291-2931

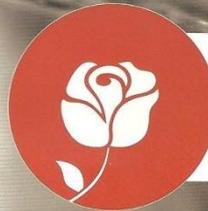
**COORDENADORIA ESPECIAL DE POLÍTICAS
PÚBLICAS PARA MULHERES - CEPAM**

Cidade Administrativa Tancredo Neves
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, 4143 - Serra Verde
Prédio Minas, 14º andar - CEP: 31.630-090 - Belo Horizonte/ MG
31 3916-8005 | coordenadoria.mulher@social.mg.gov.br

**DICAS DE
PREVENÇÃO
AO ESTUPRO**



Secretaria de
Políticas para
as Mulheres



**POLÍCIA
CIVIL**
MINAS GERAIS

